

THESIS

WURZBURG

1967

Aus der Kinderklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. J. Ströder

DIE PUBERTÄTSKRISE EINES TALENTIERTEN MINDERBEGABTEN
MIT FRÜHKINDLICHER HIRNSCHÄDIGUNG

Ein Beitrag zur Lebensbewältigung und sozialen Eingliederung
geistig und psychisch auffälliger Jugendlicher

INAUGURAL - DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät
der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Helmut Alois Deckert

aus

Klingenberg/Main

CASE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA

Würzburg 1967

Aus der Kinderklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. J. Ströder

DIE PUBERTÄTSKRISE EINES TALENTIERTEN MINDERBEGABTEN
MIT FRÜHKINDLICHER HIRNSCHÄDIGUNG

Ein Beitrag zur Lebensbewältigung und sozialen Eingliederung
geistig und psychisch auffälliger Jugendlicher

INAUGURAL - DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät
der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Helmut Alois Deckert

aus

Klingenberg/Main

Würzburg 1967

Referentin: Professor Dr. E. Geisler

Korreferent: Professor Dr. J. Ströder

Tag der Promotion: 19. 1. 60

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

INHALTSVERZEICHNIS

I.	Einleitung	S. 1
II.	Krankengeschichte	S. 3
III.	Epikrise des Krankheitsbildes und des Entwicklungsverlaufes	S. 19
IV.	Die soziale Einordnung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher	S. 24
V.	Zusammenfassung	S. 30

Literaturverzeichnis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153518_0195

I.

Einleitung

In dieser Arbeit wird die Lebensgeschichte eines heute 25jährigen Mannes geschildert. Ich kenne ihn seit 15 Jahren, auch seine Familie und die Schwierigkeiten, die sich in seiner Umwelt, einer mainfränkischen Kleinstadt ergeben haben. Anteilnahme und Mitleid, Befremden und Spott wurden ihm in den höheren Volksschulklassen und in seiner Jugend zuteil. Ließ er sich als 16jähriger auf der Straße sehen, dann riefen ihm die Kinder höhnisch nach: "Luitpoldkrankenhaus". Den Namen dieses Krankenhauses hatte er nämlich damals oft verzweifelt ununterbrochen hinausgeschrien, wenn er sich gegen seine Familie, das Leben und die Welt auflehnte, mit denen er nicht zurechtkommen konnte. Dabei war er als 13jähriger in einer schweren Pubertätskrise nur zwölf Tage in diesem Krankenhaus gewesen, und nahezu zehn Jahre gingen seine Sehnsucht, Hoffnung und Phantasie um diese kurze Zeit. Heute bestehen die schweren Konflikte und oft dramatischen Auseinandersetzungen in seiner Familie nicht mehr. Man holt Anton Schulze - so nennen wir den Patienten hier - zum Orgelspiel, bei Trauungen und Beerdigungen, und er selbst bezeichnet sich als Hilfsorganist. Er nimmt weiter private Musikstunden, und die Ordensschwwestern unseres Krankenhauses lassen ihn am Sonntag bei den Abendandachten die Orgel spielen und bei Abwesenheit des Organisten auch im Hauptgottesdienst.

Als ich selbst im Luitpoldkrankenhaus, den Würzburger Universitätskliniken, Medizin studierte, bat ich dort darum, ob ich meine Dissertation über die Krankheitsgeschichte und die soziale Eingliederung dieses Patienten schreiben dürfe. Sie steht für viele junge Menschen mit psychischen und intellektuellen Schwächen, dabei einer Hochbegabung auf einem Gebiet, hier der Musik. Wir fragen uns, warum wurde hier eine Pubertätskrise von langer Dauer durchlebt, die vier Klinik-

aufenthalte erforderte, welche differentialdiagnostischen Erwägungen kamen auf und wie gelang schließlich eine bescheidene Lebensbewältigung.

Die Pubertätskrise wird in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt, weil daran gezeigt wird, daß die abnormen Erlebnisreaktionen eines hirngeschädigten Jugendlichen ein Krankheitsbild des schizophrenen Formenkreises vortäuschen könne. Aufschlußreich ist ferner, daß in einer solchen Krise nacherlebt werden kann, was ein fühlbarer Mangelzustand, eine seelische Inanition im Sinne Trainers in der frühen Kindheit war und welche seelischen Gehalte prägend für das spätere Leben werden und eine in Grenzen mögliche Nachreife begünstigen. Das Leben unseres Patienten wurde ganz überwiegend in der Familie bewältigt. Damit kommen wir zu der Frage, wie die Eingliederung in das soziale Leben, die sogen. Rehabilitation außerhalb von Institutionen möglich ist und in welcher Weise sich die Gemeinschaft heute daran beteiligen muß. Wir wissen, daß 3,5 bis 5% Kinder nicht den Anforderungen der Volksschule genügen, sondern als lernbehindert oder geistig behindert speziellen Schulen zugeführt werden müssen. Das ist nicht immer möglich, weil kleine Orte nicht darüber verfügen. Aber auch für die Kinder größerer Städte, die während der Schulzeit diesen "schützenden Raum" wegen ihrer psychischen und intellektuellen Schwäche erhalten, treten dann die gleichen Probleme auf, wenn die Schulzeit hinter ihnen liegt. Dann existieren kaum Institutionen, die sich ihrer annehmen, sondern die Familie und die weitere Umwelt stehen dieser Aufgabe gegenüber. An unserem Patienten sollen die oft großen Schwierigkeiten dabei gezeigt werden und auch die Wege, die eine Hilfe ermöglichen.

Bei dieser Arbeit wurden berücksichtigt die Krankengeschichte der Universitäts-Kinderklinik Würzburg aus dem Jahre 1956, der Universitäts-Nervenklinik Würzburg über vier Klinikaufnahmen 1957 und 1958, des Nervenkrankenhauses Lohr 1959/60. Mit den Eltern wurde ein-

gehend über den Patienten gesprochen, er selbst in seiner Häuslichkeit aufgesucht, Gespräche mit ihm geführt und auch eine klinische Nachuntersuchung mit EEG-Ableitung 1965 veranlaßt. Auch mit seinen früheren Lehrern nahm ich Kontakt auf und versuchte, ihre Erfahrungen und ihre Stellungnahme zu dem einstigen Schüler hier zu berücksichtigen. Das Bemühen, Krankenblätter des Kinderkrankenhauses zu erhalten, in dem der Patient im ersten Lebensjahr behandelt worden war, scheiterte. Die Aufzeichnungen waren durch Kriegseinwirkungen vernichtet worden, ebenso diejenigen der Frauenklinik, in der er geboren worden war.

II.

Krankengeschichte

Familie: Der Patient ist das fünfte Kind einer gebildeten Familie, die in einem bescheidenen Wohlstand lebt. Der Vater ist kaufmännischer Angestellter. Die Mutter war früher technische Lehrerin und Erzieherin in einer Anstalt für geistig behinderte Kinder. In ihrer Verwandtschaft finden sich mehrere Geistliche. Eine Schwester des Patienten verstarb als Kleinkind an Diphtherie. Seine drei lebenden Geschwister haben das Abitur bestanden, ein Hochschulstudium oder die Ausbildung als Volksschullehrer erfolgreich abgeschlossen. Die Mutter führt heute eine kleine Buchhandlung, nicht zuletzt in der Absicht, aus diesem Betrieb durch spätere Verpachtung eine Existenzgrundlage für ihren nicht berufsfähigen Sohn zu schaffen.

Die Schwangerschaft verlief ohne Ereignisse, die als fruchtschädigende Faktoren gelten können. Im fünften Monat erkrankte die Mutter an einer Lungentuberkulose, die auch nach der Geburt des Patienten ihre Abwesenheit von der Familie und Sanatoriumsbehandlung bedingte.

Die Geburt verlief wegen Wehenschwäche sehr schwer und dauerte sehr lange. Vorzeitiger Blasensprung. Über Besonderheiten bei der

Geburt - Geburtslage, Kopfgeschwulst, Asphyxie des Neugeborenen -
wußte die Mutter nichts. Das Geburtsgewicht betrug 3000 Gramm.

In der Neugeborenenperiode fiel der Mutter eine stärkere und längerwährende Gelbverfärbung als bei den vier älteren Geschwistern auf. Zugezogene Kinderärzte sollen damals eine "perinatale Gehirnblutung" angenommen haben. 14 Tage nach der Geburt wurde das Kind wegen der Tuberkulose der Mutter in einem Säuglingsheim untergebracht. Dort fiel der Mutter bei einem Besuch das "Augenzittern" des Kindes auf, das sie bei der Geburt noch nicht hatte feststellen können. Da es sich, wie die späteren Untersuchungen ergaben, um einen horizontalen Pendelnystagmus bei hochgradiger Amblyopie und Myopie handelt, ist verständlich, daß die Mutter diese Besonderheit erst feststellen konnte, als das Kind koordinierte Augenbewegungen hatte und blickte.

Im Alter von sechs Monaten erkrankte das Kind im Säuglingsheim an einem Keuchhusten, der durch eine Pneumonie kompliziert war und stationäre Behandlung in der Universitäts-Kinderklinik erforderte (1943, das Krankenblatt ist durch den Krieg vernichtet). In dieser Zeit trat nach Angabe der Mutter auch eine "schwere Furunkulose" - vermutlich eine Pseudofurunkulose - auf. Nach der Entlassung aus der Kinderklinik verbrachte das Kind die zweite Hälfte des ersten Lebensjahres und das zweite Lebensjahr unter ungünstigen Lebensbedingungen zu Hause. Die Familie wechselte häufig den Wohnsitz und auch die Kinderpflegerin. Die Mutter war weiter in Sanatoriumsbehandlung.

Erst mit 16 Monaten, wesentlich später als seine Geschwister, erlernte das Kind laufen und sprechen.

Im Kleinkindalter bestand eine übermäßige Geräuschempfindlichkeit. Nur bei völliger Ruhe konnte das Kind schlafen. Ein Geräusch machte es ihm auch unmöglich, Wasser zu lassen. Auch dabei mußte absolute Ruhe herrschen.

Schon im frühen Kindesalter fiel die Musikalität des Jungen auf, und in den ersten Schuljahren überraschte er seine Eltern, indem er zu bestimmten Tönen auch bestimmte Farben zuordnete. Ton und Farbe erweckten in ihm die entsprechenden Gefühlsregungen und Empfindungen. Später ergaben Prüfungen, daß er über das sogen. absolute Gehör verfügt.

Während im Kleinkindalter zwar einige Besonderheiten der Entwicklung von den Eltern registriert wurden wie der späte Beginn des Laufens und Sprechens und eine hochgradige nervöse Übererregbarkeit mit leicht gestörtem Schlaf und Schwierigkeiten beim Wasserlassen, hatte das Kind doch seinen Eltern als hochbegabt wegen seiner Musikalität gegolten. Die erste schwere Ernüchterung trat nun auf, als es ins Schulalter kam.

Schon nach kurzer Zeit wurde es aus der ersten Volksschulklasse als noch nicht schulreif entlassen und wieder nach Hause geschickt. Nach der Schilderung der Mutter heißt es: Der Lehrer habe nichts mit dem Kind anzufangen gewußt und nur festgestellt, daß es "auf nichts reagiert habe". Die Mutter unterrichtete nun ihr Kind selbst im Lesen nach der sogen. Bürkler-Methode, und nach drei Monaten soll es bei diesem Einzelunterricht das Lesen gut beherrscht haben. - Beim Schulbeginn im nächsten Jahr bekam das Kind einen pädagogisch aufgeschlossenen Lehrer, der es nach den Angaben seiner Mutter "richtig anzupacken verstand". Er erfaßte die "Andersartigkeit des Kindes". Worin sie bestanden hat, kann die Mutter nicht näher schildern. Die relativ guten Leistungen im Lesen benutzte dieser Lehrer zur Ermutigung. Er ließ das Kind vorlesen und auch andere verbessern. Den Mitschülern wurde erklärt, "Anton kann eben wieder andere Sachen, die ihr nicht könnt!". Dazu gehörte die Fertigkeit im Lesen, eine gute Beherrschung der Sprache, ein relativ reicher Wortschatz und seine Musikalität. Ein einmal gehörtes Musikstück sei richtig auf der Blockflöte und dem Klavier wiedergegeben worden. Damals, als der Lehrer

das Kind stützte und seine Leistungen anerkannte, blieb es trotz seiner Andersartigkeit von der Mitwelt unbehelligt. Es hatte in diesem Alter von sieben bis neun Jahren auch viele gute Spielkameraden, bei denen es sich heimisch fühlte.

Nun wechselte die Familie den Wohnsitz, das Kind die Schule und den Lehrer. Damals war es zehn Jahre alt. Nach Meinung der Mutter trug der neue Lehrer alle Schuld an den jetzt aufkommenden Schwierigkeiten. Das Kind habe sich "eben nicht so ohne weiteres in den allgemeinen Schulbetrieb einfügen können", und der Lehrer habe "durch sein Verhalten die Schulkinder nicht gerade positiv beeinflusst".

Der Junge befolgte Ermahnungen nicht. Er verhielt sich übernervös und grimassierte. Damit zog er die Aufmerksamkeit der anderen Kinder auf sich und provozierte den Lehrer, der auf Abhilfe sann. Wenn der Unterricht durch dieses Verhalten zu sehr gestört worden war, wurde Anton von vier älteren Mitschülern auf Anordnung des Lehrers nach Hause "abgeführt". In den Augen der Mutter wurde das als eine Art "Schüler-Selbstjustiz" bezeichnet, und noch heute ist sie betroffen, mit welcher "Wonne" die Schüler diese Weisungen des Lehrers an ihrem Sohne befolgten. Anton habe als der "Hanswurst der Schule" gegolten. Er konnte sich nicht wie die Anderen zur Wehr setzen, und schließlich habe er in einer solchen Situation den Anderen sein entblößtes Glied gezeigt. Nach der Ansicht der Mutter habe er sich damit "wichtig machen wollen".

Mit fortschreitender Pubertät wurden diese Schwierigkeiten immer größer. Als 13jähriger entleerte er Stuhl und Urin in das Klassenzimmer. Der Lehrer war empört und sprach von einer "boshaften Unart, um ihn zu ärgern" und von einer "untragbaren Obszönität". Als er disziplinarische Maßnahmen androhte, brachten die Eltern den damals 13jährigen Jungen zu einer zwölftägigen stationären Aufnahme in die Universitäts-Kinderklinik Würzburg.

Es ist bemerkenswert, daß bei den früheren und den jetzigen Schilderungen der Mutter diese konfliktvollen Auseinandersetzungen wegen des Verhaltens in der Schule das Leitthema sind. Über die Leistungen schwieg sie bei den späteren Aussprachen völlig. Früher äußerte sie sich darüber nur auf direktes Befragen und sehr zurückhaltend. Die Noten waren im Rechnen, Raumlehre, Geschichte und Erdkunde ungenügend. Der Mutter waren nur die befriedigenden Leistungen in der deutschen Sprache und die sehr guten in Musik präsent.

Bei späteren Rücksprachen war auch völlig verdrängt worden, daß die Eltern in dieser Volksschulzeit den Versuch gemacht hatten, ihren hochmusikalischen Sohn bei den Regensburger Domspatzen im Internat aufnehmen zu lassen. Die Aufnahmeprüfung hatte er sehr gut bestanden, aber schon bald mußte er entlassen werden, weil er sich weder in die Ordnung des Heimes noch in die des Chores einfügen konnte.

Bei der Aufnahme in die Kinderklinik 1956 berichtet die Mutter, daß das Kind bereits täglich den Organistendienst in der heimatlichen Kirche versehe und Geige, Klavier, Zembalo und Flöte spiele. Er solle ein kirchenmusikalisches Seminar in Mainz besuchen. Das Scheitern bei den Regensburger Domspatzen wird damit motiviert, daß der sensitive Junge unter 68 Schülern "überfordert gewesen sei", obwohl er die höchste Musikalität besessen habe.

Als Besonderheiten, die auch den Anstoß anderer Menschen erregten, wurde ein zwanghaftes Lachen geschildert, das gerade in Situationen auftrat mit trauriger und ernster Gestimmtheit. Ein Grimassieren störe die anderen Menschen. Der Junge hafte auch an ängstlichen Vorstellungen, wenn er die Toilette aufsuchen muß. Dort könne nämlich ein Fuchs herauskommen. Diese Angstvorstellungen des 13jährigen wurden als das Haften einer frühkindlichen Prägung durch die Erzählung eines Kindermädchens zu motivieren versucht. Seit dem neunten Lebensjahr habe er eigentümliche und zwanghaft anmutende sprachliche

Äußerungsformen. Wörter der gleichen Kategorie lasse er sich einfallen und spreche sie wiederholend vor sich hin: "Stoff, Stoff - Fetzen, Fetzen - Lappen, Lappen". Menschen und Dinge verbinde er mit Melodien und Tonarten. Zur Charakterisierung eines bestimmten Menschen heiße es: "Dieser Mann ist d-moll".

Psychisches Verhalten in der Kinderklinik:

Der Junge, der in der Schule mit Recht im Betragen die Note "5" hatte, war von ausgesuchter Höflichkeit. Er bedankte sich sogar für die gute Ordnung auf der Station, die keineswegs hervorragend war, wenn 30 Kinder mit einiger Freiheit auf engem Raum zusammenlebten. Oft äußerte er hypochondrische Angstvorstellungen. Er müsse schon sechs Uhr abends zu Bett, sonst fehle ihm der erforderliche Schlaf. Eingehend befaßte er sich mit seinen Stuhl- und Harnentleerungsschwierigkeiten, denn dieser Vorgang war unterbrochen, wenn nur ein Autogeräusch oder eine Hupe von der Straße zu hören war. Dann fürchtete er wieder, er könne sich im Krankenhausgelände verlaufen, obwohl er niemals alleine dort einen Weg zurückzulegen hatte.

Mit den Kindern fand er keinen Kontakt. Aber sehr bald hatte er eine große kindliche Zuneigung zu der Stationsschwester und der Ärztin, die auch heute noch, zwölf Jahre nach dieser ersten Begegnung, in zahlreichen Briefen, Anrufen und Besuchen zum Ausdruck kommt, auch in dem Wunsch, dort wieder aufgenommen zu werden. Erst mit 23 Jahren sah er ein, daß dies nicht in einer Klinik möglich sei, die "für Kinder bis zu 14 Jahren" nach der Krankenhausordnung vorgesehen ist.

Oft setzte er sich in einen alten Kinderwagen, der im Flur abgestellt war und fand Freude und Beruhigung, wenn er ihn hin- und her schob, indem er sich dabei an der Wand abstieß. Dabei brachte er einen monotonen Singsang heraus. Ähnlich kindisch und isoliert verhielt er sich, wenn er alleine im Fahrstuhl herauf- und herunterfuhr. - Dann saß er lange auf einer steinernen Gartenumzäunung und lauschte den Glocken

der Würzburger Kirchen. Er identifizierte die einzelnen Glockentöne richtig und summte dann das Geläut jeder Kirchenglocke nach. Manche Tonfolgen faszinierten ihn besonders, vor allem eine Glocke, deren Geläut neben anderen auf die Tonfolge "fis-a" eingestellt war. Das machte ihn ruhig und andächtig und mit Handbewegungen gab er das Schweben dieser Glockentöne wieder.

Und nun entzündete sich hier eine Zukunftsphantasie und Wunschwelt, Organist an einer Würzburger Kirche zu werden. Diese Träume wollte er schon jetzt verwirklichen. Inständig bat er darum, auf der Orgel der Krankenhauskapelle zu spielen. Dieser Wunsch mußte aber scheitern, denn auch die Kirche hat ihre Ordnung. Die gütige alte Sakristanin war da unerbittlich. Die kranken Menschen brauchen Ruhe und Stille, wenn sie dort beten, auch die Angehörigen Schwerkranker, die nach einem Abendbesuch in dieser Kapelle Zuflucht suchen. Der Junge war verzweifelt. Einmal ermöglichte ihm der Krankenhauspfarrer das Orgelspiel, als ihn die Stationsschwester inständig darum gebeten hatte, weil sie wohl erfaßte, daß hinter diesem Wunsch mehr stand, als nur die Bitte um eine Übungsstunde. - Als kürzlich die Zeitungen von einem Jugendlichen berichteten, der die Orgel einer bayerischen Dorfkirche in Brand gesteckt und zerstört hatte, weil ihm der Pfarrer das Üben nicht erlaubt hatte, waren uns die Erlebnisse mit dem damals 13jährigen Anton gegenwärtig. Seine Verzweiflung, als man ihm wegen einer gebotenen Ordnung das Orgelspiel versagen mußte, war für ihn damals gleichbedeutend mit dem Gefühl, sein Zukunftstraum werde schon hier zerstört.

Vieles war an dem Jungen eigenartig und auffällig. Jeden Morgen schloß er sich der Ordensschwester an und ging mit ihr in den frühen Gottesdienst. Dort wirkten seine übertriebenen und "gezierten" Bewegungen befremdlich auf die anderen Menschen, auch die meisten Ordensfrauen und brachten auch unserer Schwester manche verletzendende Bemerkung wegen dieses Jungen ein. Warum mußte er auch die Hände

so ungewöhnlich hochheben und so verzückt blicken, wenn er die Kommunion empfangen hatte! Die Schwester bekämpfte ihren Ärger wegen dieses Verhaltens, "seinem blöden Getue" und sagte auch den Anderen, der liebe Gott werde es ihm schon verzeihen, und mit großer Überwindung nahm sie Anton auch weiterhin in die Kirche mit.

Wir gehen auf diese Erlebnisse und Konflikte auch im Krankenhaus ein, weil sie zeigen, wieviel Toleranz, Verständnis und auch Selbstüberwindung dazu gehörten, um dem Jungen damals gerecht zu werden. Er stieß sich tatsächlich an jeder Ordnung und fiel auch dort aus dem Rahmen, wo er mit gutem Herzen und Willen innerlich beteiligt war.

Psychodiagnostische Untersuchungen ergaben wesentliche Aufschlüsse. - Bei der Intelligenzprüfung (Binet-Bobertag-Norden) errechnete sich ein Intelligenzquotient von 84. Der niedrige Wert resultierte, weil die Prüfungen der konstruktiven Intelligenz sehr schlecht ausfielen und dabei Ausfälle bis zur Altersstufe von acht Jahren vorlagen. Schlecht war auch das Erfassen einfacher Zahlenfolgen. Im sprachlogischen Denken waren die Leistungen besser. - Dem entsprach auch das Schulzeugnis mit sehr schlechten Noten im Rechnen und der Raumlehre. Die Unfähigkeit, größere Zusammenhänge zu erfassen, führte zu einem Versagen in Erdkunde und Geschichte, wo die Lösung von konkreten Gegebenheiten gefordert wird. Diese Einschränkung im abstrahierenden Denken berechtigte auch zur Diagnose einer Debität. Bei der heutigen Klassifizierung der Schulkinder mit Intelligenzmängeln würde man von einem "lernbehinderten Kind" sprechen, das auf der Volksschule in den höheren Klassen nicht mehr gefördert werden kann und in eine unglückliche Außenseiterstellung gedrängt wird. Das "Streuen" in den einzelnen Leistungsbereichen ist charakteristisch für eine Intelligenzeinschränkung infolge einer exogenen Hirnschädigung auf früher Entwicklungsstufe.

Im Rorschach - Versuch wurden bei durchschnittlicher Reaktionszeit wenig Deutungen mit dem gleichen Inhalt gegeben, also sogen. Perseverationen vom Wiederkäuertyp. Die Rorschach-Psychodiagnostik spricht hier von einem "Organiker-Syndrom". Damit wird gesagt, daß die normale Fähigkeit eingeschränkt ist, sich von einer Vorstellung auf eine andere umzustellen. Dieses Haften-Bleiben an ein und demselben Eindruck und der gleichen Tätigkeit ergab sich auch sonst, mochte es das Hin- und Herschieben im Kinderwagen sein, das Lauschen auf das Glockengeläut und die fast zwanghaft anmutende Wiederholung der einzelnen Tonfolgen.

Im Elektroencephalogramm ergab sich ein altersentsprechender Grundrhythmus ohne herdförmige Veränderungen und ohne Krampfpotentiale. - Alle weiteren diagnostischen Eingriffe waren damals und auch bei späteren Klinikaufenthalten kategorisch von den Eltern untersagt worden.

Bei der körperlichen Untersuchung fand sich ein Tropfenherz bei dem asthenischen, hochwüchsigen und untergewichtigen Jungen. Urologische Untersuchungen erbrachten keinen krankhaften Befund. Gehör- und Labyrinthfunktion waren intakt. Der Nystagmus wurde als angeborener Pendel-Nystagmus bei hochgradiger Myopie und Amblyopie identifiziert, eine zentrale Verursachung ergab sich nicht. - Der neurologische Befund war regelrecht.

Wir werden später erörtern, was im einzelnen diese Pubertätskrise begründet hat. Bei der intellektuellen Minderbegabung, dem oft autistischen und skurrilen Verhalten, den manierten Bewegungen war damals der Verdacht geäußert worden, daß es sich um eine Pfropfhebpheenie handeln könnte. Da der Junge wegen seiner Intelligenzschwäche in der Volksschule noch stärker in abnorme Reaktionen und in eine Protesthaltung hineingedrängt werden würde, erreichten die Eltern, daß er mit 14 Jahren - nach sechsjährigem Volksschulbesuch - dort ausschied, von der Berufsschulpflicht befreit wurde und auf eine

unterfränkische Kirchenmusikschule übergehen konnte. In der Zwischenzeit war er mehrfach von zu Hause davongelaufen und hatte sich in der Kinderklinik eingefunden. Willig ließ er sich jedes Mal zurückbringen, wenn er nur wenige Stunden dort gewesen war.

Auf der Kirchenmusikschule wurde die Musikalität anerkannt und in der ersten Zeit auch das eigentümliche Verhalten in Kauf genommen. Dann aber wurde es unerträglich. Anton inspizierte das dortige Krankenhaus. Andere Schüler ließ er nicht üben, sondern beanspruchte das Instrument für sich. Er verunreinigte den Schlafsaal und führte auch obszöne Reden. Dabei war er sehr erregt, und Jeder wunderte er sich über diese Excesse, die im Widerspruch zu dem sonst gesitteten und auch frommen Wesen und Verhalten des Jugendlichen standen. Eines Tages lief er aus dieser Schule fort, kam nach Würzburg, ging von einer Kirche in die andere und betete dort für bestimmte Menschen, vor allem für die Ehrwürdige Schwester, bei der er damals in der Kinderklinik gewesen war. - Spät am Abend fand er sich bei dieser ein. Nun wurde er - als 15jähriger - in die Nervenklinik gebracht. Hier gebärdete er sich infantilistisch, rollt sich im Krankenstuhl hin und her, drückt die Nase an die Aufzugknöpfe und will fahren, klimpert auf dem Klavier, Tonleitern, Lieder, Glockenspiele und lacht dann selbst über seine Spielereien. In der Kapelle betet er mit theatralischen Gebärden. Immer wieder spricht er das Gleiche: Luitpoldkrankenhaus, Schwester Felina und erklärt auch, jetzt heiße er nicht mehr Anton Schulze, sondern "Luitpold" und als Nachname nimmt er den seiner früheren Stationsärztin. Das Wort Luitpoldkrankenhaus schreibt er auf die beschlagenen Fensterscheiben, in den Schnee und 365mal, soviel Tage wie das Jahr hat, in langen Kolonnen auf Papier oder auch auf Aktendeckel, die er sich zu beschaffen weiß. Sein Grimassieren erklärt er mit den Schwierigkeiten, nicht deutlich sehen zu können. Keine Erklärung hat er dagegen dafür, daß er sich oft auffallend steif hinstellt, den Kopf senkt und die Hände über der Brust verkreuzt. Wie ein Kleinkind stellt er sich in eine Türnische und spielt "Telefonieren

mit Schwester Felina". Als er aufgefordert wird, etwas über seine besondere Liebe zu Würzburg zu schreiben und diese zu begründen, heißt es in einer Niederschrift:

".... Als ich noch garnicht wußte, wie Würzburg aussieht, habe ich einmal meinen Vater ganz dumm gefragt: Ist in Würzburg auch ein Geleise? Ja, sagte dann mein Vater. Ich habe, als ich das erste Mal das Wort Würzburg gehört und gelesen habe, einen blauen Schimmer vorgestellt und weitere komische Vorstellungen gehabt. Wenn ich schon allein das Wort Würzburg betrachte. Würzburg - Würz-burg. Als mir das Wort Luitpoldkrankenhaus das erste Mal gehört habe, habe ich mir noch nichts vorgestellt. Nur der Klang hat mich so sehr entzückt. Das Wort Luitpoldkrankenhaus klingt nach meiner Auffassung sehr ritterlich vor allem sehr geschmückt, glanzvoll und auch nach Barock. Selbst allein die Wortstellung birgt viele Schönheiten und Kostbarkeiten. Das Wort kann mir schon manches vorausverraten, je nachdem in welcher Schrift und welchem Zusammenhang es geschrieben steht, wie es dort ungefähr zugehen mag, das z.B. viel Güte und Liebe gepflegt wird. Würzburg und Luitpoldkrankenhaus sind meine Lieblingsworte, mit denen ich Freundschaft geschlossen habe. Das Wort Luitpoldkrankenhaus habe ich am allermeisten in den Wortschatz meines Herzens eingeschlossen, ebenso wie mir Schwester Felina so nahe steht. Wenn ich das Wort Luitpoldkrankenhaus und Würzburg mit Schreibmaschine geschrieben sehe, bin ich glücklich! STAATLICHES LUITPOLDKRANKENHAUS WÜRZBURG."

Der Intelligenzquotient wurde nach dem Hamburg-Wechsler-Test jetzt mit 80 bestimmt, im Rorschach-Test traten die gleichen Perseverationen (Vogel, Raubvogel, Durchleuchtung) auf, zweimal jetzt auch Defektdeutungen, ein Vogel, der krank ist. In die letzte Tafel wurde hineinprojiziert "Würzburg".

Der 15jährige kam nach dreiwöchigem Klinikaufenthalt nach Hause und erhielt weiter Musikunterricht bei einem Privatlehrer in einer entfernteren Stadt. Die Eltern scheuten weder Mühe noch Kosten. Er erlernte Orgel, Klavier, Flöte und auch Violinspiel.

Anlaß zu einer neuen Klinikaufnahme waren schwere Erregungszustände zu Hause. Der Vater brachte kein Verständnis für das unausgesetzte

Klavierspiel, die gereizten und undankbaren Reden seines Sohnes auf, die älteren Geschwister, die sich auf das Abitur vorbereiteten, litten unter der ständigen Unruhe und verlangten für sich die Möglichkeit wenige Stunden ruhigen Arbeitens. Die Mutter ergriff die Partei Antons. Er ging tätlich gegen den Vater vor und wollte ihn erschlagen. Öfter urinierte er jetzt durch das Fenster seines Zimmers auf die Straße oder schrie das Wort "Luitpoldkrankenhaus" und "Würzburg" zum Fenster hinaus. Zur Mutter sagte er: "Würzburg hat etwas Sakrales für mich, hier fühle ich mich ausgestoßen!" Die Eltern waren durch merkwürdige Wortneubildungen überrascht und befremdet. "Tränengewischt" wurde eine Ecke im Zimmer benannt, dort hatte er sich einmal die Tränen getrocknet. Einen Bogen der Bahnlinie nannte er "Huckepack". Die Mutter erkannte bald, daß er dabei schauspielerte und einen geistig gestörten Menschen vortäuschen wollte, der wieder nach Würzburg in die Klinik müsse.

An alle Vorgänge erinnert sich Anton genau. Erinnerungslücken, wie sie für Dämmerzustände charakteristisch sind, treten nicht auf. Wenn er in der Klinik im Schlafsaal gegen die Wand uriniert, so bezeichnet er das als eine "anormale Erregung". Er erinnert sich auch der früheren Gelegenheiten, als er an ungehöriger Stelle seinen Harn entleerte: Im Klassenzimmer, als er in der Ecke stehen mußte, in der Kirchenmusikschule, wenn er sich ängstigte.

Wieder kehrt der Patient nach Hause zurück. Durch ein Phenothiazin-derivat wird eine Dämpfung seiner abnormen Erregungszustände versucht. Während frühere EEG-Ableitungen unauffällig waren, fanden sich jetzt frontal Dysrhythmien und einzelne nicht sicher von Artefakten unterscheidbare steile Wellen.

Nach einem halben Jahr brachten die Eltern den Jugendlichen, auch mit Rücksicht auf seine Geschwister und den an einem Herzinfarkt erkrankten, beruflich belasteten Vater in ein katholisches Jugendheim und

erwarteten hier durch die Fremderziehung und das Gemeinschaftsleben eine bessere soziale Anpassung. Am zweiten Tage fiel er im Waschraum bewußtlos zusammen, ohne daß man sicher sagen konnte, ob ein Krampfanfall vorgelegen hatte. In mehreren EEG-Ableitungen fand sich jetzt ein unregelmäßiger Grundrhythmus durchsetzt mit paroxysmalen Gruppen polymorpher Spikes and Waves, die anderthalb bis zwei Sekunden anhalten. Herdförmige Veränderungen fanden sich nicht. Die späteren Ableitungen - die letzten 1964 und 1965 bei dem indessen 23jährigen Patienten - waren wieder unauffällig. Krampfanfälle traten niemals auf.

Die Störungen wurden als organische, wahrscheinlich postencephalitische Wesensänderungen beurteilt und das Vorliegen von Drangzuständen dabei angenommen.

Mit 17 Jahren erforderte die Unruhe, Reizbarkeit und häusliche Auseinandersetzungen wieder eine Klinikaufnahme, diesmal in dem zuständigen unterfränkischen Nervenkrankenhaus. Der Jugendliche war stets gerne zu diesen Klinikaufnahmen bereit. Er verband damit den Wunsch, "seine Nerven zu erholen" und später als Organist dann einen Beruf ausüben zu können. Hier konstatierte man ein "merkwürdiges Gemisch von naiver Kindlichkeit und frühreife Altklugheit", eine Pseudopsychose bei einem postencephalitischen Zustandsbild.

Seit dem 19. Lebensjahr, dem Abschluß der Adoleszenz, ist Anton Schulze zu Hause. Er nimmt weiter Musikunterricht und betätigt sich als Aushilfsorganist. Dabei ist er glücklich. Er ist hilfsbereit und sehr zuverlässig bei Einkäufen und Besorgungen. Für Hunde hat er ein großes Interesse, weil er diese Tiere wegen ihrer Anhänglichkeit sehr schätzt. Er hat keinen eigenen Hund, aber er trägt ein Hundebuch bei sich und ein Foto aus einer Illustrierten, auf dem eine große Hundefamilie an einem Futternapf versammelt zu sehen ist.

Besondere Vorliebe hat er für Werbesendungen im Rundfunk und Fernsehen. Dazu erklärt er, er wisse sicher, daß der Werbefunk "etwas

Gemachtes" sei, aber "das schafft eine gemütliche Atmosphäre und macht Stimmung". Die Küchenszenen seien Beispiele aus dem Alltag. Besonders gefallen ihm die "Wechselgespräche zwischen Mutter und Kind". Da gebe ihm der Werbefunk das Gefühl, "unter Geschwistern zu sein". Der Werbefunk sei wie ein kleines Theaterstück mit verteilten Rollen. Er imitiert jetzt die Werbetexte und führt sie Kindern zur Erheiterung vor.

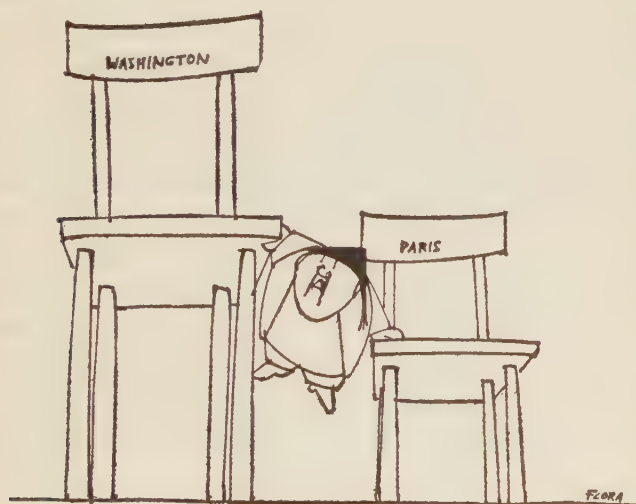
Seine Gedanken und Vorstellungswelt gehen auch heute noch auf den Klinikaufenthalt mit 13 Jahren zurück, mitunter erscheint ihm jetzt auch das unterfränkische Nervenkrankenhaus, in dem er als 18jähriger war, wie eine Zuflucht und Oase.

Unter medikamentöser Behandlung - mehrere Jahre Phasein, in den letzten zwei Jahren Insidon - ist seine Unruhe gedämpft. Fahrigkeit, schnelles Sprechen, hastige, etwas bizarre Mitbewegungen fallen aber auch heute noch auf. Oft ist er eigensinnig und eigenwillig. Seine Wünsche richten sich meistens auf den Besuch benachbarter Städte, und dann ist es schwer, ihn von seinem Vorhaben abzubringen. Albernheiten in der Öffentlichkeit sind jetzt zwar viel seltener als in der Pubertät und Adoleszenz. Sie ereignen sich aber auch heute noch. Das schwärmerische Erzählen von Würzburg und dem Luitpoldkrankenhaus wird indessen von den meisten Menschen toleriert.

Bei der jetzigen Untersuchung besteht nach wie vor ein leptosomer Habitus, eine Länge von 185 Zentimetern, ein Langschädel mit 57 Zentimetern Umfang. Intern und neurologisch finden sich keine Auffälligkeiten.

Die Verstandesschwäche bringt es mit sich, daß auch jetzt noch viele Begriffe nur wörtlich verstanden werden, aber nicht ihr Sinngehalt. So wird der Ausdruck "zwischen zwei Stühlen sitzen" nicht in seinem Sinn verstanden, sondern wörtlich. Unverständlich ist ihm auch, daß die Erde eine Kugelgestalt besitzt. Nach seiner Ansicht müßten die

Menschen herabstürzen, die an den abhängigen Partien dieser Kugel wohnen. - Karikaturen und Witze versteht er nicht. Als ihm eine Karikatur des politischen Lebens vorgelegt wird, ist er völlig ratlos. Dieses Bild deutet er seiner Vorstellungswelt entsprechend als "das Kasperle aus dem Werbe-Fernsehen". Politische Zusammenhänge sind ihm völlig fremd, das Sprichwort von den zwei Stühlen unverstündlich.



Guter Rat teuer

Mit einer Weltkarte weiß Anton nichts anzufangen. Er hat auch kein Vorstellungsvermögen für Entfernungen, Himmelsrichtungen und Ländergrößen. Die Zeitung liest er nicht und motiviert es damit, daß er "die vielen Fremdwörter nicht verstehe". Der wahre Grund ist die autistische Zurückgezogenheit in seine enge Welt, die kindliche Imitation des Werbefunks, phantasievolle Träumereien von einem Leben als Organist in einer großen Kirche und das tägliche Instrumentenspiel. Er findet selbst, daß er nicht die nötige Konzentration aufbringt und dabei häufig bald ermüdet.

Im Gottesdienst und bei kirchlichen Feiern sind die Schwestern und auch die Bewohner der kleinen Stadt meistens mit diesem Organisten zufrieden. Manchmal freilich sprengt er mit seinem Fortissimo und Furioso der Ausgangsmusik den Rahmen des sonst Üblichen. Aber das nimmt man hin, zumal er auf einen freundlichen Zuspruch zumindest an den nächsten Sonntagen darauf verzichtet.

Trotz des absoluten Gehörs und einem guten Gedächtnis für Melodien und Tonfolgen ist ein echtes Musizieren nur dort möglich, wo auch vom Gemüt her die Musik erfaßt wird, wie beim Choralspiel. Wagt sich Anton - und das tut er zu Hause häufig - an Beethoven-Sonaten, so wird das Unvermögen beklemmend deutlich, diese Kompositionen trotz technischer Fertigkeit auch nur annähernd wiederzugeben. Bei einem der Gespräche mit den Eltern über das Ergehen und die Zukunftspläne dieses Patienten mußte er auch die Mondschein-Sonate vorspielen. Die Eltern waren ergriffen, die Geschwister peinlich berührt und es war schwer, ein höfliches Wort der Anerkennung zu finden, das hier dem Bemühen galt. Die Unmöglichkeit, ein musikalisches Talent bei einer Intelligenzschwäche und einer schweren psychischen Retardierung zur musikalischen Leistung zu entwickeln, wurde hier deutlich. Wenn die schlichte Frömmigkeit des jungen Menschen, seine erarbeitete Technik und sein musikalisches Gehör beim Choralspiel zusammen-treffen, vergißt man, wie sehr behindert er im Grunde ist.

Die Eltern, auch die Mutter, haben jetzt eingesehen, daß dieses Leben ihres Sohnes in der Freiheit und seinen musikalischen Neigungen hin-gegeben, nur so lange möglich sein wird, wie sie selbst leben und ihre Familie ihn trägt. Die Forderung, daß eines der gesunden Geschwister später Anton aufnehmen müsse, wurde nach langen Unterredungen als nicht zumutbar aufgegeben. Mitunter besteht noch der Wunsch, daß ein caritatives Krankenhaus ihn aufnimmt, als Hilfsarbeiter und Organist beschäftigt. Aber es wird auch realistisch erwogen, daß später die äußere Versorgung in einer guten Pflegeanstalt erfolgen müsse, in der

ihm das Musizieren als Freude und sinnvolle Betätigung möglich sein soll. Damit eine angemessene Unterbringung finanziert werden kann, sind die Eltern um eine bescheidene Vermögensbildung bemüht.

III.

Epikrise des Krankheitsbildes und Entwicklungsverlaufes

Krisenhafte Spannungen, Konflikte, schwere Verhaltensabwegigkeiten dieses Patienten setzten im 14. Lebensjahr ein und machten bis zum 18. Lebensjahr mehrfach Klinikaufenthalte erforderlich. Nach dem zeitlichen Auftreten könnte man von einer protrahiert verlaufenen Pubertätskrise sprechen, die erst mit beendeter Adoleszenz abklang und wieder ein Leben in der Familie in einer Kleinstadt zuließ.

Heftigkeit und Nachhaltigkeit dieser Schwierigkeiten erfordern eine nähere Klärung. Es handelt sich hier nicht um die Pubertät und die Reifungskrise eines normalen Jugendlichen, sondern um diese Vorgänge bei einer Intelligenzschwäche infolge einer frühkindlichen Hirnschädigung, wobei eine Fülle von ungünstigen Umwelteinflüssen mit im Spiele war.

Wir sind nicht sicher, ob tatsächlich eine Geburtsschädigung vorgelegen hat, wie es die Mutter vermutet. Ein durch Pneumonie komplizierter Keuchhusten im Alter von sechs Monaten ist erwiesen. Heute ist bekannt und wird vor allem durch die Untersuchungen von Annell bestätigt, daß ein Keuchhusten im ersten Lebensjahr zwangsläufig mit einer cerebralen Schädigung, einer Keuchhusten-Encephalopathie einhergeht. 1943 stand keine antibiotische Behandlung zur Verfügung, und daher war die Beeinflussung dieser Krankheit und ihrer Komplikationen ungleich schwieriger als heute.

Später als seine sämtlichen Geschwister lernte dieses Kind erst nach dem 16. Monat laufen und sprechen. Darin wird nach Lempp ein überzeugender Hinweis auf hirnorganische Schäden gesehen. Die übergroße

Geräuschempfindlichkeit ist ein weiteres Symptom einer cerebralen Schädigung. Ein gesundes Kleinkind schläft trotz Geräuschen in der Umwelt, und die vegetativen Vorgänge beim Wasserlassen werden ebenfalls nicht durch Geräusche blockiert. Göllnitz betont, daß eine über- große Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems den Verdacht auf eine organische Schädigung des Gehirns zwingend begründet. Die Häufigkeit nervöser Störungen bei Kindern mit leichten Hirnschäden und dabei normaler oder subnormaler Intelligenz wurde auch von Geisler und Ströder festgestellt.

Im Familienmilieu bestand kein klares Urteil über die Schwächen und die Retardierung dieses Kindes, sonst hätte man es nicht mit sechs Jahren in die Schule geschickt, aus der es als noch nicht schulreif wieder entlassen werden mußte. In den unteren Volksschulklassen, bis zum Alter von neun Jahren, war das Kind bei häuslicher Miterziehung und besonderem Verständnis seines Lehrers noch angepaßt und wurde mit Nachsicht und Ermahnung auch von den anderen Kindern toleriert.

Würde man nur der Schilderung der Mutter folgen, dann stünden die folgenden Schuljahre unter dem Thema "das unverständene Kind", "das schuldhafte Versagen eines Lehrers". In Wirklichkeit vollzog sich hier - nach dem zweiten Schuljahr - das Schicksal der Kinder mit mangelndem Abstraktionsvermögen und mit speziellen Begabungs- und Leistungsausfällen der konstruktiven Intelligenz. Sie kommen nicht mehr mit. Sie werden verlegen, dabei unruhig und grimassieren. Schließlich erfolgt eine verfehlte Überkompensation zum "Hanswurst" der Klasse, der nun so die Aufmerksamkeit der Schüler und des Lehrers auf sich lenkt. Er wird ermahnt, bestraft, verspottet und wehrt sich nun in hilfloser Opposition.

Mit 13 Jahren erreichten diese Schwierigkeiten bei unserem Patienten ihren Höhepunkt. Es kommt zum Exhibitionieren und Urinieren im Klassenzimmer, auch zum Absetzen von Stuhl. Die analytische Psychologie lehrt, daß darin die verfehlte Opposition und der extreme

Protest von Kindern zum Ausdruck kommt, die von einer bestehenden Ordnung abgelehnt werden und die ihr nicht genügen. In einer Situation der Beschämung, dem Ecken-Stehen trat dieser nicht kontrollierte Harnabgang zum ersten Mal auf. Es entspricht allgemeinen Erfahrungen, und Lempp weist besonders darauf hin, daß gerade bei hirngeschädigten Kindern öfter ein Phasenwechsel auftritt. Auf Zeiten mit psychischer Unauffälligkeit folgen andere mit stärkeren Beschwerden und Störungen. Das wird durch äußere Belastungen provoziert, wie den Schuleintritt, und dann werden die Anpassungsschwierigkeiten sehr deutlich. Aus inneren Gründen flackern in der Pubertät die Verhaltensstörungen stärker und nachhaltiger auf, und häufig findet sich dann eine verlängerte und verzerrte Pubertät und Adoleszenz.

Opposition und ein Verhalten, das gegen den Anstand und die guten Sitten verstößt, führten den 13jährigen in die Würzburger Kinderklinik und man muß sich nun fragen, warum dieser Aufenthalt von nur zwölf Tagen in einer größeren Kindergemeinschaft über die künftigen zehn Jahre dieses jungen Menschen einen so starken Eindruck hinterließ. Wir finden dafür eine Erklärung in der schweren seelischen Mangelsituation, die dieses Kind wegen der Krankheit seiner Mutter in den ersten beiden Lebensjahren erfahren mußte. Erikson weist heute darauf hin, daß der Mangel an intensiver und gleichbleibender mütterlicher Zuwendung im ersten und zweiten Lebensjahr gleichbedeutend ist mit einer Hoffnungslosigkeit, einer der Voraussetzungen zur Ich-Stärke. Es ist die erste Tugend, die dem Kinde in dieser Zeit mitgegeben wird und zur Entfaltung kommt. Damit ist mehr noch gesagt als mit allgemeinen Äußerungen über Hospitalismus oder seelische Inanition (Tramer). In dieser Zeit gründete sich in dem intellektuell schwachen Jungen wieder eine Hoffnung. Das mag in erster Linie darin begründet gewesen sein, daß er nach Jahren eines gemäßregelten und verspotteten Außenseitertums trotz aller Eigenheiten und Schwierigkeiten angenommen wurde. Dieses Annehmen bestand nicht in einem schrankenlosen Gewähren-Lassen, sondern die Stationsschwester hielt ihn zur Ordnung an, auch wenn er nicht immer damit einverstanden war

und das oft verübelte. Sie hielt aber zu ihm und setzte sich für seine von Anderen abgelehnten Wünsche ein. Diese Hoffnung war aber nicht nur in der Begegnung mit einem Menschen begründet. Hier entzündete sich auch eine zukunftsweisende Phantasie, als der musikalische 13jährige Junge aus dem Klang der Kirchenglocken sich seine Wunschwelt aufbaute, Organist an einer Kirche dieser Stadt zu sein. Auch für den geistig schwach Begabten gilt die Erkenntnis Sprangers, daß niemand mehr erreicht, als ihm in den Träumen und Zukunftsphantasien seiner Pubertät und Jugend gegenwärtig war. Der Lebensweg dieses Jungen ist in der Richtung dieser Wunschträume weitergegangen. Zwar ist er kein Kirchenmusiker geworden und seine Ausbildung scheiterte an seinen psychischen und intellektuellen Schwächen. Er ist aber glücklich und auch geschätzt, wenn er heute beim Gottesdienst spielt und religiöse Feiern mit seinem Musizieren verschönt. Die Menschen und der Ort, das Luitpoldkrankenhaus, bei denen dieser frühkindliche seelische Mangelzustand, die Hoffnungslosigkeit, überwunden wurde, behielten lange eine fast magische Bedeutung. Nun versteht man, weshalb Anton in seiner engen realen Umwelt den Namen dieses Krankenhauses durch das Fenster auf die Straße schrie und nun die Kinder ihm dieses Wort spöttisch nachriefen.

Betrachtet man nachträglich einige seiner auffälligen Reaktionsweisen - das Sich-Herum-Schieben im Kinderwagen, das Bilden merkwürdiger Wörter, die manchmal den Charakter von Neologismen hatten - , dann erkennt man darin ein puerilistisches Gehabe und später sogar ein bewußtes Vortäuschen einer krankhaften Störung, die ihm zu einem neuerlichen Klinikaufenthalt verhelfen sollte. Andere Verhaltensweisen tragen den Charakter der dranghaften, ungesteuerten Reaktionen. Das gilt vor allem für das in der Gemeinschaft so störende Urinieren und seine obszönen Reden, in denen unverkennbar sexuelle Ersatzhandlungen verborgen waren.

Wie stark die körperlichen Veränderungen, auch somatische und funktionelle Beeinträchtigungen am Gehirn, in dieser Zeit mitbeteiligt

waren, zeigen die EEG-Veränderungen mit Dysrhythmien und Krampfpotentialen im 17. Lebensjahr, die weder früher noch später gefunden wurden. Ob einmal ein echter Krampfanfall vorgelegen hat oder aber nur eine Ohnmacht am frühen Morgen bei diesem hochwüchsigen, vaso-vegetativ labilen Jugendlichen bleibt offen. Eine Epilepsie besteht jedenfalls nicht bei ihm und auch nicht in der Familie. Diese in der Hirnstromkurve erkennbaren Veränderungen laufen parallel mit jener Zeit starker emotionaler Enthemmtheit, in der es bis zu Tötlichkeits- und Totschlagsdrohungen gegen den Vater gekommen war.

Die dranghafte Unruhe, das unbeeinflussbare Beharren auf Wünschen, die leichte Erregbarkeit ebbten wieder ab, als die Reifezeit ihr Ende findet.

Das weitere Lebensschicksal wird bestimmt durch das Zusammentreffen einer intellektuellen Minderbegabung, die nach der Höhe des Intelligenzquotienten und den sehr eingeschränkten Abstraktionsleistungen einer Debilität entspricht mit einer musikalischen Talentierung. Diese Talentierung gibt dem Jungen und auch dem jugendlichen Erwachsenen Freude. Sie wird durch Übung entfaltet. Die musikalischen Leistungen müssen aber begrenzt bleiben, weil eine geistige Bewältigung nicht möglich ist.

Manche Schwierigkeiten und eine Reihe der schweren abnormen Reaktionen ergaben sich aus der Kollision mit einer Mitwelt, die in bestimmter Ordnung lebt, Forderungen stellt und Rücksichtnahme fordert. Sie wurden aber verstärkt durch das Unverständnis, das heute dem psychisch Abnormen entgegensteht und ihn zum Außenseiter und Ausgestoßenen werden läßt. Am stärksten war das in der letzten Volksschulklasse der Fall. Aber auch später begriff der Vater lange nicht, worin die psychische und geistige Schwäche seines Sohnes beruhte. Als er 16 Jahre alt war, schrieb er ihm in sauberer Schreibmaschienschrift einen vierseitigen Brief, den er zur Ermahnung und Beherzigung täglich mehrmals lesen sollte und davon eine Durchschrift an den

Krankenhauspfarrer, der im gleichen Sinne und mit diesen Worten auf den Jugendlichen einwirken sollte, damit sein Gewissen wach werde und den Eltern die geschuldete Dankbarkeit nun geschenkt werden möge. Erst sehr viel später, nach dem 20. Lebensjahr, verstand er annähernd, daß Schwäche und nicht Bosheit das Handeln seines Sohnes bestimmt hatten. In den Zukunftsplänen ist er sich heute mit der Mutter einig; Den schützenden Raum der Familie und das Wohlwollen in der Gemeinde zu erhalten und nach seinem Tode die bestmögliche materielle Sicherung zu geben.

IV.

Die soziale Einordnung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher

Mit der hier mitgeteilten Krankengeschichte und dem bisher übersehbaren Lebenslauf unseres Patienten verbindet sich die Frage nach den Hilfen, die unsere Gesellschaft diesen Menschen gibt, die wegen intellektueller Schwäche und psychischer Auffälligkeiten den Anforderungen des Alltagslebens nicht gewachsen sind. Zugleich fragen wir, wie man sich in der Vergangenheit zu diesen Menschen einstellte und ihnen zu helfen versuchte.

Stutte stellt diese Fragen an der Geschichte der Kinderpsychiatrie dar, die sich in den letzten 70 Jahren entwickelt hat. Dabei lassen sich nach Stutte folgende Entwicklungsphasen erkennen: Eine erste, in der man über das Kind nachdachte, die beiden folgenden, in denen man an Kindern oder für Kinder arbeitete und schließlich die heutige, in der man mit dem Kinde zu arbeiten bemüht ist.

Psychiatrische oder pädiatrische Kliniken richteten Abteilungen ein, in denen diese Kinder aufgenommen wurden: 1850 das Hospital Bicetre in Paris, 1864 die Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt/Main, später die Universitäts-Kinderklinik in Wien unter Pirquet und der Mitarbeit von Lazar.

Eine erste zusammenfassende Darstellung der psychischen Störungen im Kindesalter erschien 1887 von Emminghaus (Freiburg). Das Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters von Homburger (1926) hat heute noch Bedeutung. Tramer berücksichtigt in seiner zusammenfassenden Darstellung auch die Ergebnisse der Pädiatrie und Neuro-Psychiatrie, den "Mutterdisziplinen" der Kinderpsychiatrie.

Kinderpsychiatrische Beobachtungsstationen, heilpädagogische Heime für erziehungsschwierige Kinder und Erziehungsberatungsstellen wollen den hilfsbedürftigen Kindern und Jugendlichen praktische Hilfe vermitteln. Die Abteilung für Jugendpsychiatrie in der Weltgesundheits-Organisation (WHO) nimmt sich dieser Fragen auf internationaler Ebene an. 1958 wurde in Deutschland die "Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind" begründet. Darin haben sich Eltern und an den sozialen Fragen der behinderten Kinder interessierte Menschen zusammengeschlossen und bemühen sich um die Errichtung von Sonderkindergärten und beschützenden Werkstätten für die Schulentlassenen, die nicht in das freie Arbeitsleben eingeordnet werden können. Sie sollen im Elternhaus verbleiben und nur bei zwingender sozialer Not zur Anstaltsaufnahme kommen.

Der wesentliche Wandel in der Einstellung zu den intellektuell schwachen und behinderten Kindern und Jugendlichen nach 1945 fand seinen Niederschlag im Bundessozialhilfegesetz. Es sichert angemessene Hilfeleistungen zu und nicht nur das unbedingt Notwendige wie die alten Fürsorgebestimmungen. Damit wird ein echter Beitrag zur Bewältigung der Zeit zwischen 1933 bis 1945 geleistet, in der Euthanasiamaßnahmen auch psychisch kranke und geistig schwache Kinder und Jugendliche trafen. Nach Ellen Key wurde unser Jahrhundert "Das Jahrhundert des Kindes" genannt. Egg - Benes bezeichnet die zweite Hälfte dieses Jahrhunderts als das "Jahrhundert des behinderten Kindes".

Psychotherapie und Heilpädagogik haben in gleicher Weise die Bedeutung der Musik, des Rhythmus und von Spiel und Gymnastik erfaßt und bauen dies in ihre Arbeit ein. Bei unserem musikalisch talentierten Patienten, der nicht in ein produktives Arbeitsleben hineingewachsen ist, wurde die Musik zur wesentlichen Quelle der Lebensfreude, zur Entwicklung der Tugend der Beständigkeit und des Durchhaltens bei einem fortgesetzten Üben und einem heute noch erteilten Unterricht. Sie ermöglichte ihm auch eine Anerkennung in seiner Gemeinschaft, die er aber noch mehr durch Hilfsbereitschaft und Zuverlässigkeit in den kleinen Dingen des Alltagslebens sich allmählich erwarb.

Die Sonderschulen für lernbehinderte Kinder, die heute auch in kleineren Kreisstädten und als Verbandshilfsschulen in einzelnen Dörfern errichtet werden, vermeiden ein "Schul-Trauma", das sich auch bei unserem Patienten so nachteilig auswirkte und das dissoziale Verhalten mit öbszönen Entgleisungen im Beginn seiner Pubertätskrise provozierte. Auf einer solchen Schule für lernbehinderte Kinder - über die sein Heimatort nicht verfügt - wäre wahrscheinlich Manches in seiner Entwicklung anders verlaufen. Auch die Hinführung zur praktischen Tätigkeit und die Wertschätzung einfacher körperlicher Betätigung hätte hier erfolgen können, während sein Elternhaus einseitig geistige und musische Fähigkeiten schätzte und den Jungen nur in diese Richtung lenkte.

Die nachteilige Auswirkung der Heim- und Anstaltsbetreuung wird unter dem Begriff "Hospitalismus" zusammengefaßt und führt zu der Forderung, nur bei schwersten Schäden und größter sozialer Not auf längere Zeit Kinder und Jugendliche in dieser Weise unterzubringen. Der kurzdauernde Aufenthalt in Kliniken, Nervenkrankenhäusern und kinderpsychiatrischen Abteilungen ist dagegen oft unumgänglich notwendig und eine entscheidende Hilfe. Wir haben an der Krankheitsgeschichte unseres Patienten gezeigt, worin diese Hilfe für ihn selbst bestanden hat, und wir haben auch darlegen müssen, daß die Familie sich zeitweise durch diese Unterbringung vor Erregungszuständen und

tätlichen Aggressionen schützen mußte. Mit Hilfe der Psychopharmaka wird heute häufiger und besser als früher eine Beruhigung erregter und psychisch labiler Menschen erreicht. In den letzten fünf Jahren wurde auch medikamentös die Einordnung unseres Patienten in seine Umwelt erleichtert.

Seine Probleme der Eingliederung in die Gemeinschaft gelten für Viele. Nach Hoff sollen in Oesterreich auf tausend Kinder sechs geistig schwerbehinderte kommen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei uns. Dazu kommt die viel größere Zahl der lernbehinderten Kinder und der psychisch abnorm reagierenden. Ihre Erziehung und Ausbildung erstrebt vor allem, daß sie durch eigene Arbeit ihren Lebensunterhalt verdienen oder wenigstens dazu beitragen können. Manuelle Geschicklichkeit, Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Ordnungssinn werden daher vor allem in den Lehrwerkstätten gefördert. Oft ist die Tätigkeit noch ohne wirtschaftlich verwertbaren Nutzen. Später wird die Ausbildung durch erfahrene Fachlehrer in einem Anlernberuf versucht, für den sich einige Eignung erkennen ließ.

Es wäre aber verfehlt, wollte man die wirtschaftliche Produktivität als einziges Kriterium der Eingliederung bewerten. Wie viele geistig gesunde Menschen stehen außerhalb der handwerklichen oder maschinellen Arbeitsproduktivität ! Man wird es bereits als einen wesentlichen Erfolg ansehen können, wenn ein intellektuell schwacher oder seelisch gestörter Mensch sich selbst versorgt, einige Freude an seinem Leben findet und nicht der Betreuung und Aufsicht von Menschen bedarf, die diese Aufgaben als Beruf erfüllen. Dabei bedarf es aber nicht nur einer Anpassung dieser Jugendlichen an die bestehende Gemeinschaft, sondern diese Gemeinschaft muß auch ihnen und ihren Besonderheiten Rechnung tragen. Tramer nennt diesen Prozeß eine "Reziprokanpassung der Gemeinschaft". Darin sieht er eine Aufgabe einer allgemeinen Psychohygiene. Für ein konfliktfreies Zusammenleben sind nach Tramer zwei Komponenten maßgeblich:

1. die Anpassung des Individuums an die Sozietät,
2. die Anpassung der Sozietät an das Individuum.

Nach Tramer soll ein echter schöpferischer Drang des Einzelnen den Vorrang haben vor einer Anpassung an die Gemeinschaft unter Verzicht dieser seiner persönlichen Möglichkeiten. Jeder Person wird die Erfüllung eines "Minimal-Vital-Programmes" zugestanden, und als Kriterium seelischer Gesundheit gilt die Fähigkeit, dieses zu erfüllen. Das "Minimal-Vital-Programm" wird wie folgt charakterisiert:

1. Wille zur Selbsterhaltung, die Fähigkeit zu Schutzvorkehrungen und im zivilisierten Leben angemessener Arbeitsleistungen.
2. Familienbildung und die Fähigkeit zum Leben in der Familie.
3. Die Einordnung in eine engere und weitere Gemeinschaft.

Über dieses Minimal-Vital-Programm geht die Anteilnahme an den eigentlichen Kulturgütern hinaus, das Teilhaben an geistigen Werten, geistige Bereicherung und die damit verbundene Selbstentfaltung.

Die Hilfe für psychisch und intellektuell behinderte Kinder und Jugendliche wird meistens nur das Minimal-Vital-Programm Tramers und häufig auch nur in engen Grenzen verwirklichen können. Wie soll man sich nun die dabei erforderliche "Anpassung der Sozietät an das Individuum" praktisch vorstellen.

Dabei geht es in erster Linie um die Überwindung der Voreingenommenheit und Mißachtung, mit der weite Bevölkerungskreise nicht nur den Geisteskranken gegenüberstehen (Sattes), sondern auch den abnorm reagierenden und intellektuell unterdurchschnittlich begabten Kindern und Jugendlichen. Dabei handelt es sich um eine "überlieferte Unvernunft", die nach Sattes nicht nur deprimierend, sondern auch erschütternd ist, vor allem bei gebildeten Menschen. Hier kann Aufklärungsarbeit Einiges leisten, vor allem der Hinweis, daß es sich häufig um die Folgen einer Krankheit auf frühester Entwicklungsstufe handelt, bei unserem Patienten einen Keuchhusten im ersten Lebenshalbjahr.

Stutte hält die meisten Ehepaare für ungenügend vorbereitet, wenn sie ihre Aufgabe als Eltern übernehmen. Das ist besonders dann der Fall, wenn ein Kind verstandesschwach ist oder psychisch abnorm reagiert. Wir haben auch an unserem Patienten gesehen, daß sein Vater noch immer belehrend und fordernd mit ihm sogar schriftlich umging, als sein Versagen in der Volksschule offensichtlich geworden war, eine musikalische Ausbildung scheiterte und mehrere Klinik-aufenthalte das Krankhafte seiner Störungen und Schwierigkeiten offenkundig werden ließen. Für ihn - und das ist bei den meisten Vätern ähnlich - war die Einsicht viel schwerer und der Weg zu einem den Besonderheiten seines Kindes entsprechenden Verhalten länger als bei der Mutter. Beide Eltern haben schließlich diese Anpassung erreicht.

Die Familie ist aber nicht der einzige Lebensraum. Alle Menschen, die auf Spott und Hohn gegenüber einem Jugendlichen mit auffälligem Verhalten aus seiner geistigen Schwäche verzichten, bringen schon eine beachtliche Leistung auf. Diejenigen, die durch kleine Aufträge und die Übertragung von Aufgaben sein Selbstvertrauen stärken, leisten wesentlich mehr. Bei unserem Patienten waren es verständnisvolle Ordensfrauen und Geistliche, die ihm eine musikalische Betätigung in der Kirche gestatteten und auch vermittelnd wirkten, wenn andere Menschen ihn zu ähnlichen Aufgaben heranzogen. Sorge für die Armen meint nicht nur Hilfe bei materieller Bedrängnis. Der Mensch, der wegen seiner beschränkten Fähigkeiten ohne einen festen Arbeitsplatz um seine Stellung und eine bescheidene Anerkennung in der Gemeinschaft ringt, bedarf dieser Hilfe noch mehr. Jeder kann dazu beitragen. Damit ist gesagt, daß für die soziale Eingliederung nicht nur heilpädagogische und psychiatrisch erfahrene Fachleute benötigt werden, sondern auch eine Vielzahl von "Nichtfachleuten", die in diese therapeutische Aufgabe einbezogen werden. In dem Maße wie die europäischen Völker die sozialen und pädagogischen Aufgaben bewältigen werden, die ihnen heute bei der Eingliederung der geistig und seelisch behinderten Menschen gestellt sind, werden sie, so formuliert es Aurin,

auch unter Beweis stellen, wie weit sie Kulturvölker geblieben sind.

Zusammenfassung

Die Lebens- und Krankheitsgeschichte eines jetzt 25jährigen Mannes, der an einer frühkindlichen Hirnschädigung leidet, wird dargestellt. Er ist leicht schwachsinnig und dabei musikalisch sehr talentiert. Eine schwere Pubertätskrise bedingt mit 13 Jahren seine Aufnahme in die Würzburger Universitäts-Kinderklinik. Als Beispiel abnormer und lange währender Pubertätsschwierigkeiten mit dem Aufkommen von dranghaften Zuständen kann diese Krankheitsgeschichte gelten und die besondere Reaktionsweise bei frühkindlichen Hirnschäden kennzeichnen. Ein somatisches Substrat dieses veränderten Reagierens lassen die nur in dieser Zeit pathologischen Elektroencephalogramme annehmen, die vor- und nachher einen normalen Verlauf hatten.

Psychische Hilfen erwachsen aus der Begegnung mit einem Menschen, die wieder eine Hoffnung begründet und aus Zukunftsphantasien, die in der religiösen Gebundenheit und der musischen Begabung ihre Wurzeln haben.

Fragen der sozialen Eingliederung werden erörtert und dabei mit Tramer nicht nur die Anpassung des psychisch abnormen Einzelnen als wesentlich erachtet, sondern auch die Anpassung und das Verständnis der Gemeinschaft für diese Menschen und ihre Besonderheiten. Das betrifft nicht nur ihre eigene Familie, sondern auch die Menschen ihrer weiteren Umgebung. Resozialisierung ist also nicht nur Aufgabe von Psychiatern, Psychologen und Heilpädagogen, sondern einer überall geforderten Mitarbeit von "Nichtfachleuten", die diese menschlichen und sozialen Aufgaben sehen.

Herrn Professor Dr. med. J. Ströder danke ich,
daß mir diese Arbeit an der Universitäts-Kinderklinik
Würzburg ermöglicht wurde und für die Übernahme des
Korreferats.

Frau Professor Dr. med. E. Geisler danke ich für
die Überlassung des Themas und die freundliche Beratung
bei der Anfertigung dieser Arbeit.

Herrn Professor Dr. H. Scheller, Direktor der
Universitäts-Nervenlinik Würzburg, und dem damaligen
Direktor des Nervenkrankenhauses Lohr/Main,
Herrn Reg. Med. Direktor Dr. med. Dr. phil. Schultz
bin ich für die gewährte Einsicht in die Krankenblätter
zu Dank verpflichtet.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ANNELL, A. Die Psychopathologie der entzündlichen Hirnhautschädigung im Kindesalter
Acta paedopsych. 29, 7, 1962
2. AURIN, K. Zur Rehabilitation geistig behinderter Jugendlicher
Rehabilitation 3, 182, 1964
3. EGG-BENES zit. ASPERGER, H.
Das behinderte Kleinkind in der Familie
Mitt. Dtsch. Zentrale f. Volksgesundheitspflege
10, 8, 1966
4. ERIKSON, E.H. Einsicht und Verantwortung
Die Rolle des Ethischen in der Psychoanalyse
Klett, Stuttgart 1966
5. GEISLER, E. und STRÖDER, J.
Das nervöse Kind
in J. Ströder (Hrsg) Pädiatrische Fortbildung
S. 288, J. Lehmann, München 1962
6. GÖLLNITZ, G. Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung
für die Kinderpsychiatrie
G. Thieme, Leipzig 1954
7. GÖLLNITZ, G. Das psychopathologische Achsensyndrom nach
frühkindlicher Hirnschädigung
Z. Kinderpsychiatrie 20, 97, 1953
8. HOFF, H. und SPIEL, W.
Psychosomatische Medizin im Kindesalter
Med. Klinik 33, 639, 1956
9. HOMBURGER, A. Psychopathologie des Kindesalters
Springer, Berlin 1926
10. LEMPP, R. Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose
H. Hüber, Bern und Stuttgart 1964
11. SATTES, H. Die Psychiatrie und die bürgerliche Gesellschaft
Materia Medica Nordmark 18, 1, 1966
12. SPRANGER, E. Psychologie des Jugendalters
25. Aufl. Quelle und Meyer, Heidelberg 1953
13. STUTTE, H. Zur Geschichte und Gegenwartssituation der
deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fortschr. Med. 75, 621, 1957

14. STUTTE, H. Organische Ursachen kindlicher Erziehungsschwierigkeiten
Mschr. Kinderheilk. 106, 498, 1958
15. STUTTE, H. und LEUNER, H. Grenzprobleme der Neurosen des Kindes- und Jugendalters
Hdb. der Neurosenlehre, V
Urban & Schwarzenberg, München und Berlin 1961
16. TRAMER, M. Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie
Acta paedopsych. 27, 238, 1960
17. TRAMER, M. Allgemeine Psychohygiene
B. Schwabe, Basel und Stuttgart 1960
18. TRAMER, M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie,
4. Aufl., B. Schwabe, Basel und Stuttgart 1964

Außer diesen, in der Dissertation zitierten Arbeiten wurden Informationen über das Problem der Rehabilitation aus den nachfolgend genannten Veröffentlichungen gewonnen. Sie werden als bibliographische Hinweise hier zusammengestellt.

Berufliche Rehabilitation Behinderter.

Eine Dokumentation der Bundesanstalt für Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung Nürnberg. 1966

- ASPERGER, H. Die medizinischen Grundlagen der Heilpädagogik
Wien, Mschr. Kinderheilk. 99, 105, 1951
- BOSCH, G. Psychopathologie der kindlichen Hirnschädigung
(Bericht über die Literatur von 1940 - 1953)
Fortschr. Neurol. 22, 425, 1959
- BOWLBY, J. Über das Wesen der Mutter-Kind-Beziehung
Psyche 13, 415, 1959
- BURKHARDT, H. Die schizophrene Wehrlosigkeit
Nervenarzt 33, 306, 1962
- FISCHER, G. Eltern abnormaler Kinder
Prax. Kinderpsychol. 9, 12, 1960

- HAIKE, H. J., SCHULZE, H., BLÄSSIG, W.
Beitrag zur geistigen und sozialen Entwicklung zerebralgeschädigter Kinder
Rehabilitation 2, 6, 1963
- JACQUEMAIN, B. Schulische und berufliche Probleme bei frühkindlich Hirngeschädigten
Rehabilitation 3, 59, 1965
- KONRAT, W. Über die Zusammenarbeit des Lehrers mit Eltern entwicklungsgestörter Kinder der Normalschule
Prax. Kinderpsychol. 4, 63, 1955
- MEIERHOFER, M. Der Einfluß von Säuglingsheimen und Krippen auf die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren
Schweiz. Arch. f. Neurol. 80, 394, 1957
- NEUGEBAUER, W. Zur Rehabilitation hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher
Die Medizinische, 1956, S. 1078
- PIETROWICZ, B. Die Vorbereitung entwicklungsgestörter Kinder auf ihren Berufseinsatz
Prax. Kinderpsychol., 4, 60, 1955
- ROBERTSON, J. Der Verlust mütterlicher Fürsorge in früher Kindheit und einige Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit
Ärztl. Fortbildg. 51, 899, 1957
- SCHARMANN, Th. Der Beitrag der Psychologie zur Rehabilitation körperlich oder psychisch behinderter Personen
Psychol. Rundschau 7, 112, 1956
- SPIEL, W. Über den Beginn neurotischer und psychopathologischer Entwicklungen im Kindesalter
Wien. Nervenheilk. 9, 21, 1954
- STERN, E. Die Psychohygiene und der Basler Kreis
Acta psychotherap. 4, 82, 1956
- STUTTE, H. und HARBAUER, H.
Rehabilitationsaufgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in ihren Grenzgebieten in:
Rehabilitation, Umschau-Verlag, Frankfurt/Main
1965, S. 119
- THIEMANN, E. Rehabilitation für psychisch Kranke
Dtsch. Ärzteblatt, 61, 2560, 1964

VOGL, M.

Über die moderne Kinderpsychiatrie
Med.Klinik 49, 995, 1954

WEBER, D.

Pubertätseinflüsse in der Symptomatologie jugendlicher
Schizophrenien
Mschr. Kinderheilk. 101, 95, 1955

LEBENS LAUF

Am 13. Juli 1940 wurde ich als zweites Kind des seit 1944 verschollenen Postangestellten/Hugo Deckert und seiner Ehefrau Maria in Klingenberg/Main geboren.

1946 bis 1951 besuchte ich die Volksschule in Erlenbach/Main und trat dann in das Humanistische Gymnasium in Aschaffenburg ein, an dem ich 1960 die Reifeprüfung ablegte.

Im Winter-Semester 1960/61 begann ich in Würzburg das Studium der Medizin. Hier bestand ich im Oktober 1961 die Naturwissenschaftliche Vorprüfung und im Oktober 1963 die Ärztliche Vorprüfung. Nach dem Sommer-Semester 1966 legte ich in Würzburg das Medizinische Staatsexamen mit gutem Erfolg ab. Im Februar 1967 heiratete ich. Seit April 1967 bin ich am Josefs-Hospital in Bochum-Linden als Medizinal-assistent tätig.

Die Arbeit an dieser Dissertation habe ich im Sommer-Semester 1965 aufgenommen.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertations-Thema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Helmut Alois Deckert

BÖHLER-DRUCK

87 WÜRZBURG, Wirsbergstr. 10
Tel. 54143